

اقرأ المعلومات في الخلف أولاً

ميسوري إدارة الصحة وخدمات المسنين
الخدمات الصحية الخاصة
الرقم المجاني ٠٦٦٩-٤٥١-٨٠٠



برجاء الكتابة بوضوح بالحرير الأسود

طلب إلتحاق

| قسم أ- المعلومات الشخصية (طالب الإلتحاق بالخدمة) | | |
|---|---|--|
| رقم التحكم في المستند | رقم الضمان الإجتماعي | ١. الإسم (إسم العائلة، أول حرف في الإسم الأوسط، الإسم الأول) |
| ٢. تاريخ الميلاد | ٣. رقم الضمان الإجتماعي | ٤. العنوان (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي) |
| ٥. المقاطعة | ٦. رقم تليفون البيت | ٧. الجنس |
| ٨. العرق | ٩. رقم النهار لطالب الإلتحاق/ الأسرة | ١٠. إسم الطرف المسؤول |
| ١١. عنوان البريد الإلكتروني للطرف المسؤول | ١٢. إسم و عنوان طبيب الرعاية الأولية | ١٣. إسم و عنوان الطبيب المتخصص |
| ١٤. الإشتراك في برنامج (إختار واحدة) | | |
| <input type="checkbox"/> أطفال و شباب أصحاء (HCY) | <input type="checkbox"/> أطفال و شباب ذو إحتياجات خاصة في الرعاية الصحية (CYSHCN) | <input type="checkbox"/> إصابة في المخ لبالغ (ABI) |

قسم ب - معلومات عن أسرة (أذكر كل الأفراد المقيمين بالبيت ماعدا طالب الإلتحاق)

| ١٥. الإسم (إسم العائلة، أول حرف في الوسم الأوسط و الإسم الأول) | ١٦. تاريخ الميلاد | ١٧. العلاقة | ١٨. الخدمات الصحية الخاصة |
|--|-------------------|-------------|---------------------------|
| الوالدان: | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| الآخرون: | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-------------------------------------|---|-----------------------------|
| ٢٠. إسم الوصي، عنوانه و رقم تليفونه | ١٩. هل عينت المحكمة وصي على طالب الإلتحاق؟ | |
| | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| | إذا كانت الإجابة بنعم أكمل رقم ٢٠ ما نوع الوصاية؟ | |

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| ٢١. إسم شخص بديل للإتصال | ٢٢. رقم تليفون الإسم البديل |
|--------------------------|-----------------------------|

قسم ج- الموارد المالية (لا ينطبق على برنامج الأطفال و الشباب الأصحاء)

٢٣. هل قمت بتقديم إقرار ضريبي للحكومة الفيدرالية؟

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| إذا كانت الإجابة بنعم، ألحق نسخة من الإقرار الضريبي. برجاء عدم إرسال نموذج W-2. إذا لم تتوافر لديك نسخة, يمكنك الحصول على واحدة عن طريق الإتصال بإدارة ضريبة الدخل على رقم ٨٠٠-٨٢٩-١٠٤٠. | |
| إذا كانت الإجابة بلا، فلما ذا لم تقدم نسخة من الإقرار الضريبي؟ | |
| <input type="checkbox"/> ليس مطلوباً مني | <input type="checkbox"/> طلبت مد تاريخ التقديم |
| <input type="checkbox"/> آخر | |

٢٤. هل تغير دخل أسرتك منذ تقديم الإقرار الضريبي؟

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
|------------------------------|-----------------------------|

متى تغير الدخل؟
قدر الدخل الحالي هذه السنة

قسم د- التأمين

٢٥. الوضع الحالي بالنسبة للتأمين (حدد كل ما ينطبق عليك شاملا تاريخ بداية ونهاية فترة التأمين)

| | | |
|----------------|-------------|---|
| تاريخ الإنتهاء | تاريخ البدء | <input type="checkbox"/> تأمين HealthNet |
| تاريخ الانتهاء | تاريخ البدء | <input type="checkbox"/> تأمين Medicare |
| تاريخ الانتهاء | تاريخ البدء | <input type="checkbox"/> تأمين Veteran Administration |
| تاريخ الانتهاء | تاريخ البدء | <input type="checkbox"/> تأمين خاص (الإسم) |
| تاريخ الانتهاء | تاريخ البدء | <input type="checkbox"/> آخر (برجاء التحديد) |
| | | <input type="checkbox"/> لا يوجد |

قسم ه-المرض أو المشكلة

قسم و-الخدمات المطلوبة

قسم ز-السماح بكشف المعلومات

الغرض من هذا الطلب إدخال مقدمه في الخدمات الصحية الخاصة. هذا إذن مني للخدمات الصحية للخاصة بالكشف عن أو الحصول على معلومات من أي هيئة تساهم في علاج و خطة رعاية مقدم الطلب. يمكن تبادل المعلومات الموجودة في هذا الطلب مع الهيئات التي تقدم خدمات متعلقة بحالة مقدم الطلب. أصرح بالسماح بكشف معلوماتي الشخصية، المالية و الطبية الموجودة في هذا النموذج و المستندات المتعلقة به للهيئات التي تقدم الخدمات ذات الصلة لتحديد و التحقق من الأهلية و للقيام بعمليات التقييم. فيما أفهمه أن الهيئات التي تقدم هذه البرامج ستحافظ على سرية هذه المعلومات تمثيا مع القوانين المتعلقة بذلك. أخبرت أن هيئة الخدمات الصحية الخاصة تقدم الرعاية بدون تفرقة تمثيا مع القسم السادس من قانون الحقوق المدنية لعام ١٩٦٤. أعلم أن الأهلية لن تحدد الأهلية حتى تتسلم هيئة الخدمات الصحية الخاصة كل المعلومات المطلوبة. أعلم أن التزيب العمد للمعلومات أو حذفها قد يؤدي إلى تعريفي تكلفة الخدمات المتلقاة. أعلم أن أي تأمين أتلقيه لتغطية نفقات خدمات سمحت بها هيئة الخدمات الصحية الخاصة سيخبر به من يقدم هذه الخدمات. أعلم أنه يجب علي التعاون مع مقدم الخدمات و هيئة الخدمات الصحية الخاصة لتقديم معلومات بخصوص صناديق الإتمان، الإجراءات القانونية، التسويات و الأطراف الأخرى مثل التأمين الصحي، و ولاية ميسوري HelathNet, إلخ. أعلمت حقوقي وواجباتي بهيئة الخدمات الصحية الخاصة. في حدود أقصى علمي، كل المعلومات التي قدمتها صحيحة.

طلب الإلتحاق

٢٦. توقيع الوالد أو الوصي

٢٧. توقيع الطالب ١٨ سنة من العمر أو أكبر ٢٨. التاريخ

إقرأ التعليمات قبل إكمال النموذج

قسم أ-معلومات طالب الإلتحاق

١. أكتب إسم طالب الإلتحاق (إسم العائلة، الإسم الأول، أول حرف في الإسم الأوسط).
٢. أكتب تاريخ ميلاد طالب الإلتحاق.
٣. أكتب رقم الضمان الإجتماعي لطالب الإلتحاق.
٤. أكتب العنوان حيث يعيش طالب الإلتحاق (شارع، مدينة، ولاية، الرمز البريدي).
٥. أكتب البلد حيث يعيش طالب الإلتحاق.
٦. أكتب رقم التليفون حيث يعيش طالب الإلتحاق.
٧. أكتب جنس طالب الإلتحاق.
٨. أكتب عرق طالب الإلتحاق (w-أبيض، B-أسود، A-آسيوي، N-من سكان أمريكا الأصليين، P-من سكان جزر المحيط الهادئ، O-آخر).
٩. أكتب رقم تليفون النهار للطالب/العائلة.
١٠. أكتب إسم الطرف المسؤول.
١١. أكتب عنوان البريد الإلكتروني للطرف المسؤول.
١١. أكتب إسم و عنوان طبيب الرعاية الأولية حيث يتلقى الطالب الرعاية المتخصصة.
١٢. عضوية البرنامج-إختر الصندوق الذي يحدد البرنامج الذي يريد الطالب الإلتحاق به.

قسم ب-معلومات عن الأسرة- أكتب أسماء كل الأفراد الذين يقطنون البيت بخلاف طالب الرعاية

١٥. أكتب أسماء كل الأفراد الذين يقطنون البيت بخلاف طالب الرعاية.
١٦. أكتب تواريخ الميلاد للأفراد الذين يقطنون البيت بخلاف طالب الرعاية.
١٧. حدد العلاقة بين الأفراد القاطنين البيت بطالب الرعاية.
١٨. إذا كان الطالب يتلقى خدمات من هيئة الخدمات الصحية الخاصة، ضع علامة في عمود خدمات الرعاية الصحية الخاصة.
١٩. إذا كان للطالب وصي معين بالمحكمة، إختر "نعم" و أكتب نوع الوصاية.
٢٠. أكتب إسم، عنوان و رقم تليفون الوصي.
٢١. أكتب إسم شخص بديل للإتصال-شخص لا يعيش في نفس البيت ويعرف كيفية الإتصال بالطالب/الأسرة.
٢٢. أكتب رقم تليفون الشخص البديل.

قسم ج-الموارد المالية (لا ينطبق على برنامج HCY)

٢٣. إختر "نعم" إذا قدم الطالب أو أسرته إقرار ضريبي فيدرالي. ألق نسخة من نموذج الإقرار الضريبي. لا ترسل نسخة من نموذج W2. إذا لم يكن لديهم نسخة من الإقرار الضريبي الفيدرالي، إتصل برقم ٨٠٠-٨٢٩-٠٤٠. اطلب نسخة من إدارة ضريبة الدخل. عند تسلمها، أرسلها لمنسق الخدمات. إختر "لا" إذا لم يقدم الطالب أو أسرته تقرير ضريبي فيدرالي و أذكر سبب عدم تقديمه. (ألق نسخة من التأجيل)
٢٤. إختر "نعم" إذا كان دخل الأسرة قد تغير بعد تقديم الإقرار الضريبي الفيدرالي. إذا كان قد تغير، حدد تاريخ التغيير و قدر قيمة الدخل لهذا العام.

قسم د- التأمين

٢٥. الوضع الحالي بالنسبة للتأمين-إختر الصندوق أو الصناديق التي تحدد وضع الطالب بالنسبة للتأمين شاملًا تاريخ البدء و الإنتهاء.

قسم ه-المرض أو المشكلة

صف المرض أو المشكلة التي يعاني منها طالب الإلتحاق.

قسم و- الخدمات المطلوبة

طلب الإلتحاق

أكتب الخدمات المرغوب فيها.

قسم ز-السماح بالكشف عن المعلومات

٢٦. توقيع الوالد أو الوصي. إذا منحت الوصاية، يلزم توقيع الوصي.

٢٧. توقيع طالب الإلتحاق ١٨ سنة من العمر أو أكبر إذا أضيف للإقرار الضريبي الفيدرالي كتابع.

٢٨. أكتب تاريخ التوقيع.